

T I S
インターネットグループ健康保険組合

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------|---------|----|-----|--|----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 55 | 番号 | 555 | ② 事業所名 | (株)***** | | | | | | | |
| | ③ 被保険者の氏名 | 健保 太郎 | | | | ④ 被保険者の 生年月日 | 昭和 平成 | 58 年 5 月 20 日 | | | | | | |
| | ⑤ 被保険者の住所 | 〒999-9999 富山市〇〇町1-2-3 | | | | 健保から連絡する場合があります。 必ず連絡のつく電話番号、メールアドレスをご記入ください。 | | | | | | | | |
| | ⑥ 被保険者の 電話番号 | 076-444-8007 | | | | ⑦ 被保険者の メールアドレス | taro@kenpo.com | | | | | | | |
| | ⑧ 出産年月日 | 令和 5 年 4 月 1 日 | | | | ⑨ 死産のとき はその旨 | | | | | | | | |
| | ⑩ 出産した医療 施設について | 名称 | 〇〇クリニック | | | 所在地 | 富山市〇〇町3-3 | | | | | | | |
| | ⑪ 被扶養者が出産 した場合 | 氏名 | 健保 花子 | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 59 年 10 月 3 日 | | | | | | |
| | ⑫ 出生児の氏名 | 健保 一郎 | | | | ⑬ 出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか | ある ・ ない | | | | | | | |
| | ⑭ 出生児が被保険者の被扶養 者でないときはその理由 | 被保険者名義の口座を正確にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑮ 振込先 ※被保険者名義の 口座を記入して ください。 | 銀行名 | 〇〇銀行 | | | 口座番号 | 1. 普通 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | 支店名 | 〇〇支店 | | | 名義 (カタカナ) | ケンポ タロウ | | | | | | | |
| | 備考欄 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 令和 年 月 日 提出 | | | | | | | |

第一子ご出産の被保険者および被扶養者の方を対象に、健康情報誌「赤ちゃん和妈妈」を健保組合より、一年間お届けいたします。

《注意事項》

- ・ 出産育児一時金の直接支払制度を利用された方は、この請求書で付加金(15,000円)を請求してください。
- ・ 出産費用が500,000円 ※2023年3月までは420,000円 (産科医療補償制度の対象外となる出産のときは488,000円 ※2023年3月までは408,000円)を下回った場合は、その差額を付加金に加算してお支払いいたします。
- ・ 医療機関から交付された出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。

受付日付印